

Du Pansement consécutif

A

L'Opération de la Cataracte

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Février 1908.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

VILTE, Jules-Henri-Jean

Né le 1^{er} Septembre 1883 à Marville (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	}	MM. ROHMER	professeur	}	président
		WEISS	professeur		juges
		MICHEL	agrégé		
		ROBERT	agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
IMPRIMERIE HÉRÉ, 3, PLACE CARNOT

1908

Du Pansement consécutif

A

L'Opération de la Cataracte

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Février 1908.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

VILTE, Jules-Henri-Jean

Né le 1^{er} Septembre 1883 à Marville (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	ROHMER	professeur	} président juges
	WEISS	professeur	
	MICHEL	agrégé	
	ROBERT	agrégé	

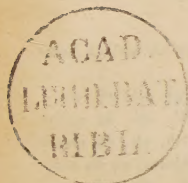
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ERNEST CLAUDE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

IMPRIMERIE HÈRE, 3, PLACE CARNOT

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS O *, I O.

Assesseur : M. BERNHEIM *, I O.

Prof-sseurs hon nraires: MM. BEAUNIS * I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, I O

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS O *, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, * I O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale..	M. SCHMIDT, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, I O, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. BOUIN, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. PAR SOT, I O, professeur.
Clinique des maladies des enfants....	M. HAUSHALTER, I O, professeur.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie.....	M. GUILLOZ, I O, chargé du cours.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I O, chargé du cours.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards..	M. ETIENNE, I O, agrégé lib. ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, I O, agr. lib. ch. du c.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I O, agr. lib. ch. du cours.
Clinique d'orthopédie ..	M. FRELICH, I O, agr. lib. ch. du cours.
Fondation Clinique d'électrothérap. de Clinique d'oto-rhino-lar-	M. GUILLOZ, I O, prof.-adjoint, ch du cours.
ynologie.....	M. JACQUES, O, agr. lib. ch. du c.
Clinique des voies urin..	M. ANDRÉ, A O, agr. lib. ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, A O, chargé du cours.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, A O, agr., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I O.	MM. RICHON, A O.	MM. COLLIN.
SPILLMANN, A O.	G. GROSS, A O.	DUFOUR, A O.
MICHEL, A O.	FRUHINSOLZ A O	SENCERT.
HOCHÉ, A O.	WEBER, A O.	ROBERT, A O.

Agrégés libres

MM. REMY, A O FÉVRIER, *, I O
ETIENNE, I O ZILGIEN, A O
FRELICH, I O, SCHUHL, I O, JACQUES I O, ANDRÉ, A O.

M. F. LAMBERT DES CHLEULS (M), I O, Secrétaire

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS
Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Sur le conseils de M. le professeur Rohmer, nous avons entrepris l'étude du pansement consécutif à l'opération de la cataracte. En présentant ce travail, nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une œuvre originale ; toutefois, il nous a paru intéressant de suivre les diverses étapes parcourues par l'application du pansement dans la cataracte avec les progrès de la science et d'étudier et comparer les idées des ophtalmologistes sur ce sujet.

Dans un premier chapitre nous ferons l'histoire du pansement, nous verrons ce qu'il a été dès les premiers temps où l'on a commencé à pratiquer l'abaissement de la cataracte, les modifications qu'il a subi avec les progrès de la chirurgie et de la thérapeutique oculaire.

Dans un deuxième chapitre nous décrirons les pansements actuellement en usage, les matériaux employés

dans leur confection, et les simplifications qui se sont imposées par suite des idées nouvelles.

Nous examinerons ensuite les inconvénients et les avantages que présentent ces différents pansements. Cela fera l'objet de notre troisième chapitre.

Nous exposerons les indications qui nécessitent l'emploi de tel ou tel pansement suivant l'âge de l'opéré, son état diathésique ou mental, et aussi le procédé opératoire employé (4^e chapitre).

Enfin nous terminerons en publiant le relevé des opérations de cataracte faites par M. le professeur Rohmer, dans son service, ces dernières années, et nous verrons le résultats obtenus suivant le traitement post-opératoire employé.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier nos maîtres de la Faculté et de leur apporter ici la faible expression de notre reconnaissance pour leur enseignement éclairé et dévoué.

C'est comme externe dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Rohmer, que nous avons acquis les quelques notions d'ophtalmologie que nous possédons. Aujourd'hui, il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, dont il avait eu l'obligeance de nous proposer le sujet. Nous nous souviendrons toujours des nombreuses marques de bienveillance et de sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant tout le temps que nous avons suivi ses leçons si claires et intéressantes. Aussi, remplissons-nous un devoir bien doux en lui exprimant ici nos plus vifs témoignages de gratitude et de reconnaissance.

M. le professeur Weiss a bien voulu daigner être notre juge. Nous nous rappellerons toujours de ses savantes leçons cliniques, et nous garderons de lui le souvenir du parfait chirurgien et de l'opérateur prudent et impeccable. Qu'il soit assuré de notre entier dévouement.

M. le professeur Gross a droit, par la grande bonté dont il fit preuve souvent à notre égard, par le haut enseignement dont il nous a fait profiter pendant l'année d'externat passée dans son service de chirurgie à notre reconnaissance la plus entière.

Nous sommes heureux de remercier MM. les professeurs agrégés Michel et Robert de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé près d'eux. Ils ont bien voulu nous faire l'honneur de faire partie de notre jury de thèse, nous les en remercions de tout cœur.

Nous remercions également tous nos professeurs qui, au cours de nos études ont bien voulu nous aider de leurs conseils et nous instruire de leur enseignement, en particulier M. le professeur Bouin, dont nous sommes heureux de saluer le retour parmi nos maîtres et Messieurs les professeurs agrégés G. Gross, Fruhinholz, Sencert et Colin.

Enfin, hélas, il nous faut dire adieu à la vie d'étudiant ; nous garderons toujours un excellent souvenir des bons camarades que nous avons rencontrés tant au cours de nos études, qu'à l'association générale des étudiants, en particulier des docteurs Jacopin, Vigneront, Herbiere et Oster, et nous espérons que les amitiés que nous nous sommes créées au cours de nos années de jeunesse, subsisteront encore longtemps.

CHAPITRE I

Historique du pansement consécutif à l'opération de la cataracte

L'histoire de la médecine à ses origines est très obscure. L'homme, dès qu'il a souffert, a cherché à guérir ses maux. Pour cela il s'adressa à ceux qu'il croyait le plus apte aux prêtres « à ses débuts, chez tous les peuples, la médecine est essentiellement théomane. » Avec les progrès de la civilisation, les notions médicales et par cela même les notions ophtalmologiques deviennent plus étendues. Chez les Gaulois, la médecine est entre les mains des druides et druidesses qui emploient des pratiques superstitieuses et se servent de simples, tels que le pastel, la sabine, la verveine, la pulsatile, le gui, la glu, etc. en application sur l'œil malade.

Chez les Egyptiens, qui sont arrivés à un plus haut degré de civilisation que leurs prédécesseurs, on voit appa-

raître pour la première fois des gens qui s'adonnent spécialement au traitement chirurgical et thérapeutique des maladies de l'œil. Les ophtalmologistes égyptiens jouirent d'une grande réputation dans l'antiquité. Mais si leur pathologie était assez complète, leur thérapeutique était bien primitive. Les pansements alors employés après l'abaissement de la cataracte, consistaient en cataplasmes composés de minéraux tels que le salpêtre, l'antimoine, ou de végétaux, parmi lesquels le cumin, l'encens, la myrrhe, le ricin, le mimosa, l'oignon, les lys, les roses, qu'ils faisaient macérer dans de l'huile.

Quand l'Ecole d'Alexandrie se transporta à Rome, ce fut la période Greco-Romaine, alors les spécialistes apparaissent, mais ils ne sont guère spécialistes que de nom. Martial les poursuit de ses épigrammes : « Hier tu étais oculiste, dit-il à l'un d'eux, te voilà gladiateur, tu n'as pas changé d'état, tu crèves toujours les yeux ». Les traités d'ophtalmologie ont été nombreux à cette époque, pas un seul ne nous est arrivé intact ; il ne nous reste que des fragments des œuvres de Galien, Celse, Oribase, Aetius d'Amida, Paul d'Egine. Celse a décrit la méthode d'abaissement pour le traitement de la cataracte à l'aide d'une aiguille. Une fois l'aiguille retirée, on doit, dit-il, appliquer sur l'œil de la laine douce enduite de blanc d'œuf, puis au-dessus un remède propre à combattre l'inflammation. On fixe par un bandage.

Paul d'Egine lui aussi pratique l'abaissement. Après l'opération il lave l'œil avec de l'eau, puis y instille un peu de sel de Cappadoce et recouvre l'œil de laine imbibée de blanc d'œuf.

La médecine arabe s'éleva ensuite sur les ruines de la science grecque. L'ophtalmologie a été particulièrement cultivée par l'école arabe. Vers le viii^e siècle Zeinab, femme de la tribu des Beni-Aoud se fait une réputation dans le traitement des maladies des yeux. Au x^e siècle, on trouve des services ophtalmologiques dans les hôpitaux du Caire. Il reste de cette époque une douzaine de traités sur les maladies des yeux. Abegefit préconise l'eau et le miel comme pansement. Albucasis lave l'œil opéré avec une solution de sel d'Andarac, puis applique une compresse de lin ou de laine imbibée d'huile de rose et de blanc d'œuf. Il laisse ce pansement trois jours et le renouvelle ensuite tous les jours jusqu'au septième.

Avicenne, le chirurgien de Philippe le Bel, emploie le blanc d'œuf battu avec de l'huile de violette et par dessus applique un bandage.

Du xiii^e siècle à Ambroise Paré, l'histoire des maladies des yeux reste à peu près stationnaire. L'oculistique était encore en dehors de la médecine et de la chirurgie et les traités de médecins et de chirurgiens de cette époque ne contiennent guère de renseignements sur les opérations et pansements pratiqués sur l'œil.

Le premier traité en date est celui de Bienvenu de Jérusalem qui enseigna passagèrement à Montpellier au xiii^e siècle. Il décrit sept espèces de cataractes, traite les opérables par l'abaissement et panse l'œil avec du coton imbibé de blanc d'œuf.

Le traité le plus complet est la Grande chirurgie de Guy de Chauliac (1363) dont Nicaisé a donné une traduction. Ce livre est plutôt un résumé des auteurs grecs et

latins que l'exposé des idées personnelles de l'auteur. Cependant, il contient de très bons chapitres, en particulier sur les collyres, sur le traitement de la cataracte, dont il donne une bonne description de l'opération et du régime pré et post opératoire.

Ses contemporains Lanfranc de Milan, et Guillaume de Salicet, eux aussi, copient des textes arabes. Ils reviennent aux idées de Celse et Galien et traitent l'œil opéré de cataracte à l'aide de remèdes antiques : application sur l'œil de coton ou laine enduit de blanc d'œuf et bandage des deux yeux. On laisse ainsi jusqu'au troisième jour. Le troisième jour on enlève le pansement et on le renouvelle toutes les douze heures jusqu'au neuvième jour.

Après eux, il y eut peu d'oculistes connus pendant quelque temps. D'après Benedetti, il fallait aller jusqu'en Asie pour trouver un oculiste digne de ce nom. En Europe, il n'y avait guère que Georges Bartisch de Kœnigsberg, qui eut une certaine renommée. La physionomie du spécialiste de ce temps était tout à fait curieuse, c'était plutôt un polypécialiste. Thévenin, plusieurs chirurgiens italiens, plus tard le frère Côme, « taillaient la pierre et la cataracte. » Ils voyageaient généralement en pratiquant leur art et on les appelait « périodeuctes ». Ils n'ont pas fait grande innovation dans le traitement post-opératoire de la cataracte. Le pansement consistait en une application d'huile, d'onguent ou d'un emplâtre quelconque. Jean l'Anglois dans sa « Rosa Anglica » recommande après l'opération de placer sur l'œil des compresses imbibées de la fameuse eau ophtalmique, dont voici la formule : « Fenouil, rue, euphrase, verveine, tormentille, détoine, « roses, endive sauvage, lentille d'eau, mourons, pimpi-

« nelle, chélidoine, papyrus, pivoine, feuilles de vigne,
« api, aigremoine, chèvrefeuille, parties égales de chacu-
« ne ; piler le tout et le laisser infuser pendant 4 jours :
« le premier jour dans du vin blanc ; le deuxième jour
dans de l'urine de garçon vierge ; le troisième jour dans
« du lait de femme ; le quatrième jour dans du bon
« miel. Après quoi distiller le tout et garder l'eau distil-
« lée pour l'usage ci-dessus. »

Avec Ambroise Paré, c'est toujours le vieux pansement de Celse qui est en vogue : c'est-à-dire de la laine ou du coton imbibé de blanc d'œuf. Cependant il y ajoute un peu d'eau de rose ou d'alun de roche cru.

Guillemeau qui a décrit 113 maladies de l'œil et donné une belle description de l'opération de la cataracte emploie aussi un pansement analogue aux pansements de ses anciens dans l'ophtalmologie. De même Dalechamps et Couillard : ils instillent dans l'œil un collyre quelconque à base de sel ou autre substance, puis recouvrent les deux yeux une compresse imbibée de miel rosat et de blanc d'œuf.

La lecture de l'arsenal de chirurgie de Jean Scultet est également intéressante. Scultet n'a jamais fait, dit-il, l'extraction de la cataracte, mais il l'a vue faire par un oculiste de Padoue ; il l'a fort bien décrite et donne des détails sur le pansement consécutif à l'opération : Ce pansement doit être renouvelé trois à quatre fois par jour ; il se compose de coton imbibé d'eau de rose et de fenouille, saupoudré de safran. Ceci, dit-il, est destiné à fortifier la plaie. Puis le coton est recouvert d'un linge trempé dans du blanc d'œuf battu avec des poudres astringentes déjà employées par Gallien, ceci pour éviter

l'inflammation. Enfin on maintient le tout à l'aide d'une compresse et d'un bandage compressif.

En Italie, le plus célèbre oculiste de l'époque est Fabrice d'Acquapendente qui exerçait à Padoue. Dans ses œuvres on trouve d'intéressantes discussions pathogéniques sur l'inflammation des plaies de l'œil. Il rejette les huiles pour les pansements et préconise l'usage du vin rouge en compresses. Il opérait peu la cataracte, dégouté, disait-il, des mauvais résultats obtenus ; il terminait l'opération par la cautérisation ignée avec le cautère courbe à extrémité à olive et faisait un pansement humide, mais sans huile.

Franco souffle du fenouil dans l'œil avant l'opération. T. Bonnet emploie des pratiques thérapeutiques tout à fait vulgaires. Il introduit dans l'œil les matières les plus inattendues et même, d'après Hirschberg, fait de l'opothérapie avec du suc d'œil.

Il faut arriver à Maître-Jean et à Saint-Yves pour rencontrer des spécialistes accomplis de valeur supérieure.

Maître-Jean, dans son traité des maladies des yeux, publié en 1707 nous apprend qu'après l'opération de la cataracte, il fait un pansement avec un mélange de blanc d'œuf, d'eau de rose et d'eau de plantain. Si deux ou trois jours après l'opération, une légère inflammation survient, il instille dans l'œil un collyre fait de « quinze grains de trochisques blancs de Rhazis dissous dans deux onces des eaux distillées de rose et de plantain... » Voilà la formule des trochisques de blanc-rhazis, telle qu'on la trouve dans son livre :

Carbonate de plomb pulvérisé	40	grammes
Sarcocolle en poudre	12	—
Gomme arabique	2	—
Gomme adregante	2	—
Camphre	2	—
Eau de rose	Q. S.	—

Du reste, nous ne pouvons mieux donner une idée du traitement post-opératoire de la cataracte et des complications survenant au cours ou consécutivement à l'opération, tel que le pratiquait Maître-Jean, qu'en répétant textuellement son livre : «.... Quand il s'est écoulé de l'umeur
« acqueuse pendant l'opération on se sert d'un collyre fait
« avec une poignée de semences d'anis ou de fenouil qu'on
« fait infuser dans une pinte de bon vin blanc ou clairet
« pendant vingt-quatre heures, distillant ensuite le tout
« par l'alambic de verre..... Quand l'inflammation et la
« douleur sont violentes, on se sert du sang de pigeon que
« l'on coule chaudement dans l'œil, ou du lait de femme
« que l'on y trait chaudement si une nourrice veut bien
« s'en donner la peine, sinon on se sert de celui qu'elle
« aura trait dans quelque verre, dans lequel on mettra un
« peu de safran pour l'empêcher de se cailler et pour adou-
« cir davantage, et l'ayant fait tiédire on en fait couler
« quelques gouttes dans l'œil malade dix ou douze fois par
« jour. »

Les autres oculistes de cette époque se servent de pansements à peu près analogues et les matériaux dont ils composent leurs mixtures sont ceux que nous avons déjà rencontrés Freytag, Dionis, Heister, emploient du blanc d'œuf et des eaux astringentes. Palphin applique sur l'œil opéré une simple compresse imbibée d'un collyre insignifiant.

Quant aux suites de l'opération, Platner traite l'inflammation par un mélange d'alun calciné, de sucre de Saturne et de fleur de cuivre. Heister s'il se produit de l'hypopion saigne d'abord son malade puis place sur l'œil « des sa-
« chets faits avec de la sauge, l'hypose, le romarin, le
« fenouil, ou avec la seule lavande et cuits dans le vin. »

Avec Saint-Yves nous arrivons à un type accompli d'ophtalmologiste. C'est lui qui semble avoir eu le premier, l'idée de l'extraction du cristallin des myopes mais il n'était pas partisan des méthodes nouvelles et Pellier déclare que :
« routiné dans l'ancienne méthode, il exécuta l'abaissement
« jusqu'à sa mort. » ,

Il appliquait un pansement humide composé de compresses trempées dans un mélange d'eau et d'esprit de vin, devant être imbibées très souvent et changées tous les jours. Le pansement ne devait pas être compressif, aussi les compresses étaient-elles tenues en place par un simple tour de bande ne descendant pas plus bas que le sourcil. On fixait avec des épingles au bonnet du malade.

Antoine Scarpa, le père de l'ophtalmologie italienne simplifie un peu le pansement. Aussitôt l'opération, il se contente de couvrir l'œil avec un linge fin et sec, attaché au bonnet de nuit du malade ; puis il place l'opéré dans une chambre obscure et le fait coucher. Donc, s'il n'y a rien d'anormal au cours de l'opération et si le malade ne souffre pas, pansement sec ; Mais s'il ressent dans l'œil et les paupières, aussitôt après l'opération, une chaleur vive, il applique sur l'œil un pansement humide composé : « d'un
« plumasséau de charpie molle, enduit de blanc d'œuf et
« d'eau de rose, battu avec un morceau d'alun, jusqu'à ce
« qu'il devienne écumeux. »

Si la douleur et le gonflement des paupières ne cèdent pas à ce pansement, alors il recommande de recouvrir l'œil avec un sachet d'herbes émollientes.

Tous les oculistes cités jusqu'ici traitaient la cataracte par le procédé de l'abaissement. Le fait principal qui domine l'histoire de l'ophtalmologie à la fin du 18^e siècle, c'est la découverte du siège de la cataracte et de la méthode opératoire par extraction. Jacques Daviel essaya pour la première fois à Marseille en 1745, cette opération dont la technique était connue depuis longtemps mais qui n'avait pas encore été pratiquée. Pellier déclare, en effet, qu'on ne saurait faire remonter plus haut que 1707 (Saint-Yves et Petit), la pratique de l'extraction du cristallin, mais que l'idée de l'opération semble dater des temps les plus reculés puisqu'un certain Antyllus, vers la fin du premier siècle de notre ère, avait décrit ce procédé.

Daviel pratiquait un pansement humide avec une décoction résolutive, émolliente et un peu de coton en pelote ; le tout était maintenu par un bandeau assez lâche : « la tête était couverte d'une serviette et l'œil fomenté avec la « décoction émolliente deux ou trois fois par jour et autant « qu'on le croira nécessaire.

Daviel publia un opuscule intitulé : *Nouvelle méthode de guérir la cataracte par extraction*. Il était partisan des pansements fréquents ; d'après Delacroix il changeait le quatrième jour et encore parce que le malade ressentait des douleurs ; il faisait donc quelquefois des pansements rares.

Les contemporains de David, Pierre Guérin, de Lyon (1767) et Deshais-Gendron (1770) qui publièrent des traités d'ophtalmologie, font comme lui un pansement humide

consécutif à l'extraction du cristallin. Ils appliquent sur l'œil des compresses imbibées d'un mélange de une partie d'esprit de vin pur ou camphré, pour quatorze parties d'eau tiède ; les compresses étaient imbibées toutes les heures ; elles étaient maintenues au moyen d'un bandeau « fort « légèrement attaché pour éviter la compression bien dangereuse en cette circonstance. »

Daviel, en effet, attribuait au pansement trop serré, la hernie post-opératoire de l'iris.

Avec Guillaume Pellier de Quengsy, oculiste pensionné des villes de Toulouse et Montpellier (1783), le traitement post-opératoire de la cataracte est différent. Il semble avoir été le premier à instituer systématiquement l'excellente pratique des pansements secs. Il insistait beaucoup sur la nécessité d'un tel pansement et il a publié toute une série

d'observations sur l'abus de l'application de compresses mouillées sur les yeux opérés de cataracte. « Lorsque l'opération est terminée, dit-il, il faut bien se garder de mouiller les yeux avec quelque liqueur que ce soit, pas même avec un mélange d'esprit de vin et d'eau, comme on a coutume de le faire. » Ce pansement sec se compose de petits sachets de coton en lame, assujettis à l'aide d'une bande de linge usé ; on ajoute quelquefois une bande passant sous le menton.

Il n'enlevait ce premier pansement ouaté que le quatrième ou le cinquième jour après l'opération et ce jour-là, son malade qui jusque-là était resté couché, pouvait se lever une heure ou deux. Pellier jeune, dans une thèse publiée à Strasbourg en 1815, dit que Pellier aîné n'enlevait le premier pansement que le dixième ou le onzième jour et le remplaçait par de simples compresses volantes. Le

malade sortait une quinzaine de jours après l'opération.

Cependant quoique Pellier fut partisan du pansement rare, il disait qu'il fallait regarder l'œil du malade dès que celui-ci souffrait. S'il y avait inflammation et si cette inflammation n'était pas due à un excès de compression ou à un renversement des cils, on devait opérer un nettoyage constant des yeux avec des infusions de fleur de sureau « *animées* » de quelques gouttes d'eau-de-vie et instiller des collyres alcoolisés. Si cette inflammation s'accroissait encore et rendait l'œil monstrueux, on se contentait de cataplasmes employés d'une façon continue.

Les oculistes étrangers de cette époque pratiquent des pansements variés : Jung et Conradi de Nordheim, Benjamin Bell (1796) en Angleterre, recouvraient l'œil opéré de charpie imbibée d'une dissolution Saturnine de faible titre et maintenaient à l'aide d'un bandeau en triangle. Casamata avait un pansement à base de suc de cloporte.

Florenzo recouvrait l'œil d'une mince lame de plomb, Demours, jeune, d'une petite cuvette en plâtre ou en cire.

David von Gesscher et Ten Haaf appliquaient des pansements mouillés, le premier se servait d'un linge trempé dans de l'eau vulnéraire et le second d'une compresse enduite d'une mixture composée de miel rosat, sirop de sucre et de Baume du Pérou.

Puis nous arrivons au xix^e siècle. En France l'ophtalmologie reste stationnaire pendant la première moitié de ce siècle. « Le traitement des affections oculaires, écrivait Stœber en 1838, depuis 50 ans, est entre les mains de charlatans ou soi-disant oculistes ; un petit nombre de chirurgiens expérimentés s'occupent d'opérations oculaires. »

Les oculistes français de cette époque continuent à avoir recours pour panser l'œil opéré aux compresses trempées soit dans des solutions émolientes telles que les infusions de sureau ou dans des mixtures alcoolisées. Tenon emploie un mélange d'esprit de vin et d'infusion de guimauve. Lefaye, dans un mémoire pour servir à perfectionner la nouvelle méthode d'opérer la cataracte, recommande un mélange à parties égales d'eau et d'eau-de-vie tiède.

En Allemagne, l'ophtalmologie est plus développée. Parmi les oculistes célèbres de cette époque, Weller, le premier vers 1820, emploie un nouveau mode de pansement. Il place des bandelettes agglutinantes sur les paupières et recouvre d'une compresse de linge pour fixer l'œil. Il eut bien vite des imitateurs qui modifièrent peu sa façon de faire. C'est ainsi qu'en France Sichel maintient les paupières fermées par deux bandelettes étroites de taffetas d'Angleterre placées en croix, puis recouvre l'œil d'un pansement compressif. Ce pansement eut ses partisans pendant un certain temps. Deval en 1862, Fano en 1866 et X. Galezowski en 1872 l'appliquaient après l'opération. Desmarres emploie un procédé peu différent, qu'il expose dans son traité théorique et pratique des maladies des yeux, publié en 1858 : l'opération terminée, il fait fermer les paupières au malade et pour les tenir en cet état, il adapte dessus un morceau de taffetas un peu ovale transversalement et entouré de mouchetures pour que l'application soit bien régulière et qu'il n'y ait pas de baillements. De plus il pratique une échancrure assez large dans le grand angle afin de permettre aux sécrétions conjonctivales de s'écouler au dehors.

D'autres oculistes de l'époque font également un pansement à l'aide de taffetas mais ils appliquent au-dessus un bandage compressif. C'est ainsi que Delmas fils applique sur les deux yeux d'abord une compresse assez grande pour recouvrir toute la base de l'orbite, puis un peu de coton non filé et ensuite une compresse triangulaire allant d'un œil à l'autre. Ce pansement est tenu par un bandage serré moyennement. Mackenzie, en Angleterre, place du taffetas sur les deux yeux. A de Graefe, en Allemagne, Furnari et Rognetta, en Italie, préconisent un pansement compressif dans le genre de celui appliqué par Delmas fils.

Cependant, dans ce siècle, quelques oculistes ont des tendances à simplifier le pansement et le considèrent comme peu important, pourvu que le malade reste dans l'obscurité la plus complète et au repos aussitôt l'opération. C'est ainsi que Demours aîné en 1818 applique sur les deux yeux une double compresse de linge très fin, retenue par une bande très lâche. S'il y a des accidents post-opératoires, il laisse l'œil libre, mais dans l'obscurité : « Souvent, dit-il, je mets fin à des accidents qui ont une « apparence de gravité, en faisant supprimer le lendemain la bande et les compresses et en laissant l'œil « libre, mais dans une profonde obscurité. »

De même Lawrence (1825) ne tient pas grand cas du bandage et le lève ou le dessert dès que le malade accuse des douleurs et maux de tête ou éprouve une sensation de chaleur et de gêne par trop forte.

D'après Carron de Villards à la clinique de la Charité vers 1835, le docteur Roux pensait tout à fait sommairement les yeux de ses opérés. Il se contentait d'appliquer

dessus une compresse de toile blanche et au-dessus un bandeau de soie noire. De temps en temps les malades se lavaient les yeux avec de l'eau contenant quelques gouttes d'eau de Goulard.

Enfin Quadri laisse l'œil opéré libre de tout pansement, il maintient simplement les paupières fermées par des bandelettes de taffetas d'Angleterre.

En somme, l'histoire du pansement de la cataracte à travers les âges et les pays est bien simple. Longtemps ces pansements ne se composèrent que de laine imbibée de blanc d'œuf auquel on incorporait souvent un peu d'eau de rose, de cataplasmes dans la confection desquels on faisait entrer des simples, ou de compresses imbibées d'eaux, véritables panacées, telle la fameuse eau ophtalmique de Jean l'Anglois dont nous avons donné la composition. Longtemps le pansement décrit par Celse et Galien servit de modèle et sauf quelques variantes, c'est toujours à lui qu'on revenait. On appliquait des pansements humides et fréquents. Il faut attendre jusqu'au xviii^e siècle pour voir un changement dans ce traitement, quand le pansement ouaté fit son apparition.

Saint-Yves, Scarpa, Daviel, décrivent dans leurs ouvrages la façon dont ils appliquent leurs pansements ; ils recommandent de ne pas trop serrer le bandeau et de ne pas renouveler le pansement trop souvent. Avec Scarpa, on voit apparaître le pansement sec sur la nécessité duquel que temps, avant d'arriver à une amélioration sensible.

Enfin, il y a à peine cent ans que Weller le premier, pour éviter l'agacement et l'irritation causées à l'œil par de gros pansements, se contenta simplement de fixer les

paupières par des bandelettes agglutinantes de taffetas d'Angleterre.

C'était un progrès, mais il faut attendre encore quel-
Pellier insista tant.

CHAPITRE II

Pansements actuellement employés

Etudions d'abord les divers antiseptiques qui entrent Avec l'apparition dans la science des doctrines de Pasteur qui, non seulement nous firent connaître la nature des maladies infectieuses, mais encore par le moyen de suppression des germes en filtrant l'air par la ouate, ou en tuant les microbes par les antiseptiques et la chaleur, la chirurgie et par suite l'ophtalmologie, firent un grand pas, et les spécialistes, par l'application de ces doctrines, se trouvèrent désormais à l'abri des complications suppuratives, qui naguère étaient leur effroi.

L'antisepsie, dès son apparition, fut adoptée par les chirurgiens et le traitement des plaies opératoires entra dès lors dans une ère nouvelle. Les ophtalmologistes les

suivirent bientôt dans cette voie et adaptèrent au traitement post-opératoire de la cataracte les idées nouvelles.

Pour mieux suivre et étudier les différents modes de pansement employés dans ce traitement, nous diviserons ce chapitre en deux parties. Dans une première, nous étudierons les pansements que nous appellerons complets, c'est-à-dire ceux qui correspondent au type du pansement classique et qui se composent d'abord de compresses, gaze, coton imbibés d'une solution antiseptique quelconque ou simplement aseptisés par la chaleur puis d'un bandage, maintenant cette première partie du pansement en place.

Dans la seconde partie nous verrons les modifications et les simplifications que l'on a fait subir à ces pansements

Première partie. — Pansements complets

dans la composition de ces pansements et leur mode d'emploi.

La première solution antiseptique employée fut l'acide phénique à 40 /000. Lemaire et Lister l'appliquèrent surtout en chirurgie où il rendait de grands services. En ophtalmologies, il ne convenait guère il était trop irritant pour la structure délicate de l'œil. Panas, en effet, raconte qu'ayant visité le service du professeur Pagenstecher à Wiesbaden, lequel employait l'acide phénique, il remarqua que les malades opérés de cataracte et traités ainsi, avaient presque tous la peau du visage toute exfoliée. L'acide phénique donne souvent, du reste, de l'érythème et de l'eczéma. Aussi les ophtalmologistes en général, attendirent la dé-

couverte d'autres agents microbicides moins irritants avant de s'adonner à ces pratiques.

A la suite des découvertes de Miquel sur les sels mercuriques et en particulier sur la biodure, on employa pour les pansements humides des yeux, une solution de 0 gr. 05 ctg. de biodure et 20 gr. d'alcool pour 1000 gr. d'eau distillée et bouillie. Mais cette solution en applications continues sur l'œil est encore bien irritante et donne souvent de l'érythème ou de l'exanthème scarlatiniforme des régions avec lesquelles elle est en contact. Aussi ne s'en sert-on plus guère en ophtalmologie que pour tremper dedans les tampons de coton ou de gaze qui sont ensuite exprimés, et pour faire la toilette antiseptique de l'œil et du bord libre des paupières avant l'opération.

On essaya aussi la solution de bichlorure de mercure ou sublimé, mais elle présentait les mêmes inconvénients que la solution de biodure.

Seule la solution de cyanure de mercure à 1 pour mille est d'un emploi facile et pratique. Elle a d'abord un grand avantage sur la solution des autres sels de mercure, c'est qu'elle n'attaque pas les instruments. Ensuite, elle n'est pas caustique ni irritante et peut être employée impunément en compresses ou irrigations de l'œil sans déterminer d'accidents. De plus elle est suffisamment antiseptique. C'est cette solution qu'emploie dans son service notre maître, M. le professeur Rohmer, et il a de très bons résultats.

L'acide borique en solution à 4 % ou en gaze boriquée, qu'on utilisa vers la même époque eut plus de succès et donna de meilleurs résultats. Sa solution en effet est peu irritante, dépourvue de toute causticité et tout aussi

efficace. En 1884 Macklakoff recouvre le pansement de l'œil opéré avec un simple bandeau en mousseline, ce qui permet, dit-il, d'humecter plusieurs fois par jour tout l'appareil avec la solution d'acide borique, sans déranger ce bandeau.

Vers la même époque les oculistes français, Panas en tête, font leurs pansements avec du coton hydrophile imbibé d'une solution boriquée. « Avec ce mode de pansement, dit Panas, qui a fait contrôler ses résultats par Knapp, par Noyès de New-York et van Duyse de Gand, — nos opérés ont été à l'abri non seulement de la pahnophthalmie, mais la réaction post-opératoire est devenue presque nulle. »

Alfred von Græfe lui, expérimenta d'abord le lint (charpie-toile anglaise) boraté à 4 %, la ouate simple, la ouate phéniquée ou salicylée et préféra un pansement avec du lint imbibé de sublimé.

On employa aussi l'iodoforme sous forme de poudre ou de gaze. J. Masselon en 1886 appliquait sur les lèvres de la plaie une couche épaisse de poudre d'iodoforme chimiquement pure, ce qui favorisait, à son avis, l'agglutination rapide des lèvres de la plaie cornéenne.

Wicherkiewicz ne mettait pas d'iodoforme dans l'œil mais recouvrait l'œil fermé de ouate iodoformée puis de ouate pure et fixait à l'aide d'une longue bande de gaze imbibée de sublimé à un pour mille.

Vers 1885 certains oculistes inaugurèrent un nouveau mode d'emploi des antiseptiques. Ils mirent à profit la propriété qu'a la gélatine de se dissoudre à la chaleur, ils en firent des rondelles auxquelles ils incorporaient les an-

tiseptiques habituellement employés et quelquefois un peu de cocaïne pour calmer la douleur. Ces rondelles étaient appliquées aussitôt l'opération sur la plaie cornéenne. Elles se dissolvaient en 8 à 10 heures et leurs innovateurs leur attribuaient la propriété de favoriser une cicatrisation rapide. Galezowski employait la gélatine Chevallereau, remplaçait la gélatine par de la gélosine qui jouit des mêmes propriétés.

Un peu plus tard, on introduisit une nouvelle substance dans le traitement post opératoire de la cataracte, c'est l'ésérine qui a la propriété de tenir la pupille contractée un certain temps et empêche aussi l'enclavement de l'iris. On l'utilise sous diverses formes.

Panas aussitôt l'opération terminée, insinuait dans le cul de sac conjonctival inférieur une petite quantité de pommade à la vaseline boriquée renfermant 1 % de salicylate d'ésérine.

L. de Welcker employait l'ésérine en solution et en injectait quelques gouttes dans la chambre antérieure puis ensuite faisait un pansement avec une rondelle boratée enduite d'une mixture ainsi composée :

Glycérine neutre et désinfectée	80 grammes
Eau distillée bouillie	20 —
Acide borique	4 —
Salicylate d'ésérine	0 gr. 50

Il renouvelait ce pansement toutes les 24 heures. Ce pansement de de Wecker fut adopté par plusieurs ophtalmologistes de l'époque : Chibret de Clermont-Ferrand, A. Dehenne, Bribosia père de Namur n'en employaient pas d'autre.

Tous les pansements faits à l'aide des substances ci-dessus indiquées, sont des pansements antiseptiques. Mais est-il bien nécessaire d'appliquer un pansement antiseptique sur l'œil après l'opération de la cataracte ? Ce qu'il importe avant tout, c'est de pratiquer une antiseptie rigoureuse avant l'opération. Si on fait une toilette sérieuse du champ opératoire, si on savonne et on brosse convenablement le front, le pourtour de l'orbite et la surface cutanée des paupières, si on procède à un nettoyage complet des culs de sac palpébraux en les irriguant largement avec de l'eau bouillie ou une solution de cyanure de mercure, enfin si les mains de l'opérateur et de ses aides et les instruments sont bien stérilisés, il sera tout à fait inutile de mettre en contact avec la plaie des antiseptiques qui nécrosent et intoxiquent.

L'opération terminée, on fera la toilette de l'œil, on débarrassera soigneusement les lèvres de l'incision ainsi que les culs de sac conjonctivaux de tout caillot sanguin, puis on fera fermer l'œil et on appliquera dessus des rondelles de gaze aseptique, de la ouate stérilisée et une bande de gaze. En un mot on fera un pansement aseptique et il suffira pour entretenir l'asepsie oculaire, quand on lèvera le pansement, les uns le lèvent toutes les 24 heures et même toutes les 12 heures, les autres seulement vers le troisième ou quatrième jour, d'exprimer dans l'œil des tampons imbibés de solution de cyanure. « Cette petite « irrigation est largement suffisante pour entretenir l'asepsie de la région oculaire et aussi pour empêcher l'accolement des cils par les sécrétions conjonctivales (1). »

Passons maintenant à l'étude du bandage qui est desti-

(1) Rohmer. Annales d'oculist que, juin 1899.

né à maintenir le pansement en place mais qui aussi joue un rôle important dans le traitement post-opératoire.

Les uns ont employé comme bandage des bandes soulées en flanelle, en coton ou en mousseline, ayant 4 mètres de long sur 5 centimètres de large, d'autres se sont servis de bandeaux tricotés, de bande de diachylon, de taffetas ou de sparadrap. Avec les bandes longues on faisait le pansement connu sous le nom de « binocle ». Quant aux bandes de diachylon, taffetas ou sparadrap, on les faisait aller d'une tempe à l'autre et on les faisait tenir par des épingles au bonnet du malade. Ce second mode de bandage est bien inférieur au premier, car il ne donne pas une immobilité de l'œil aussi complète qu'avec le bandage occlusif et contentif que le Græfe a introduit dans la pratique ophtalmologique. Galezowski se servait comme bandage d'une bande élastique avec une plaque de mica. Comment doit-on appliquer pansement et bandage ? Combien de temps doit-on après l'opération laisser l'un et l'autre en place sans y toucher ?

Le mode d'application dépend, bien entendu, des matériaux de pansement employés. Panas qui pratiquait après l'opération un pansement comblet, antiseptique ou aseptique, expose ainsi sa manière de faire dans son *Traité des maladies des yeux* : « On place au-dessus des rondelles de gaze aseptique ou de la compresse antiseptique, « une boulette de coton entre le globe et la racine du nez « pour éviter une pression trop forte sur le sommet de la « cornée, puis suivant le plus ou moins de profondeur « de l'orbite, on superpose deux ou trois rondelles de coton hydrophile stérilisé et une dernière disposée transversalement d'un œil à l'autre, destinée à relier le tout

« ensemble. » Le tout était tenu par une bande.

Les uns ne touchaient à ce premier pansement, si le malade ne souffrait pas, que le lendemain de l'opération, ils renouvelaient gaze et coton puis remplaçaient le bandeau, ceci, tous les jours pendant 5 ou 6 jours. D'autres le renouvelaient toutes les douze heures pendant 3 à 4 jours. A ce moment, l'accolement des lèvres de la plaie est habituellement effectué et ils remplaçaient ce premier pansement par un autre tout simple, voir même par un simple bandeau noir. On doit s'assurer, quotidiennement que le bandeau n'a pas glissé, qu'il ne s'est pas décollé, si cela était, on doit le replacer sans toucher au pansement. Si le malade souffrait beaucoup ou si le bandeau se tachait de sang ou de sérosité, on doit enlever immédiatement bandage et pansement, à seule fin d'explorer l'œil et voir s'il y a une complication survenue.

Dans tous ces pansements, le bandage, qu'il se compose d'une bande ou de dachylon, sparadrap, etc.. était appliqué sur les deux yeux.

Quel degré de compression doit-on donner au bandage ? Longtemps on fut partisan du bandage compressif. Il ne faut pas exagérer cette compression. Le bandage ne doit pas être trop serré, car il provoque de la douleur et retarde la cicatrisation de la plaie cornéenne. Toute pression sur l'œil, en effet, agit comme un massage et tend à faire bailler les bords de la plaie. Le degré de striction doit également être modéré sur la racine du nez, une pression trop forte détermine facilement de la douleur et de la rougeur. De même pour le pavillon de l'oreille.

Il ne faut pas non plus faire descendre les tours de

bande trop bas sur la nuque, car quand le malade remue la tête de haut en bas ou de droite à gauche, il se produit une traction douloureuse sur les yeux.

En résumé le rôle du bandage, sauf dans certains cas, doit être protecteur et contentif.

DEUXIEME PARTIE

Simplifications et modifications apportées à ces pansements

Les ophtalmologistes partisans de cette première catégorie de pansements étaient convaincus qu'ils étaient nécessaires pour mener à bonne fin la guérison de l'œil opéré. Par l'emploi du pansement et du bandage, ils croyaient réaliser les conditions les plus favorables à la cicatrisation rapide et régulière de la plaie cornéenne, et éviter les accidents infectieux.

Cependant, à la suite d'observations d'opérés qui dans un moment d'excitation passagère arrachèrent leur pansement peu de temps après l'opération et qui néanmoins guérissent aussi vite que d'autres, certains praticiens en vinrent à accorder au pansement et au bandage moins d'importance qu'ils ne paraissaient en avoir et leur firent

subir quelques modifications. L'occlusion complète des paupières, la contention du globe oculaire, le bandage des deux yeux, l'obscurité complète de la chambre où était relégué l'opéré, furent tour à tour considérés comme précautions excessives et les résultats obtenus furent au moins aussi satisfaisants.

Nous avons déjà dit quelques mots, à la fin de notre premier chapitre, sur les changements effectués par Demours, Lawrence et Roux dans le traitement post-opératoire de la cataracte, dans la première moitié du 19^e siècle.

Nous avons vu qu'ils négligeaient le pansement ou le bandage, pourvu que le malade resta dans l'obscurité la plus complète. Ils eurent peu d'imitateurs. Ce n'est guère que vers la fin du siècle que furent reprises leurs idées. Au moment où les doctrines antiseptiques et aseptiques étaient appliquées à l'ophtalmologie, vers 1887, le professeur Chisolm, de Baltimore, reprit l'idée de simplification du pansement de la cataracte. Il laissa de côté l'ancienne façon de procéder. Au lieu de rester confiné au lit, le malade reste libre toute la journée, la chambre obscurcie. L'œil est maintenu fermé simplement par un emplâtre très mince de colle de poisson à travers lequel l'opéré distingue très bien le jour de la nuit. L'emplâtre est assez grand pour recouvrir les deux paupières, sauf une petite fente qu'on ménage à la partie interne pour permettre l'écoulement des sécrétions on enlève cette emplâtre du troisième au cinquième jour. Plus tard Chisolm remplaça son pansement à l'ichtyocolle par de la mousseline trempée dans une solution de sublimé et tenue en place par un morceau oblong d'étoffe muni à chaque extrémité d'un cordon. Il laisse son malade libre

de ses mouvements dans sa chambre, et lui recommande simplement d'éviter la lumière trop aigue du soleil. Il ne bande qu'un œil, le bandage des deux yeux étant, d'après lui, inutile, sans effet et même dangereux.

A partir de cette époque, apparaissent toute une série de nouveaux modes de pansements, dont voici les principaux :

Randolph applique un pansement analogue au pansement primitif de Chisolm.

S. Snell, au Congrès de Dublin (1887) présente un pansement très simple consistant en une petite bande d'un taffetas spécial laissant filtrer l'air, qu'on colle sur la paupière supérieure et sur la joue. Les commissures palpébrales sont ainsi libres, et laissent écouler librement les sécrétions conjonctivales.

Gifford maintient les paupières fermées avec de la baudruche et réalise l'occlusion à l'aide d'une coque de carton reposant sur tout le pourtour osseux de l'orbite.

Galezowski emploie un taffetas spécial préparé à l'acide borique ou au sublimé faible. . ,

Murrel de Little Rock, maintient simplement les paupières fermées à l'aide d'un emplâtre agglutinatif qu'il recommande de laisser jusqu'à cicatrisation complète de la plaie cornéenne, c'est-à-dire de quatre à cinq jours. Selon lui, inutile de fermer les deux yeux, ni de maintenir le malade au lit et à l'obscurité. L'opéré peut même regagner son domicile à pied ou en voiture aussitôt l'opération. Aucun bandage, dit-il, ne peut être supérieur à un appareil qui tienne les paupières rapprochées, celles-ci étant les couvercles naturels de l'œil.

Snellen recouvre l'œil de bandes d'emplâtre allant du front à la joue et place au-dessus une coque d'aluminium.

Dans ces divers pansements, il n'y a pas de ouate interposée entre l'œil et le bandage, ou ce qui en tient lieu. On reprochait, en effet, à ce genre de pansement d'exercer sur l'œil une compression inégale et de retarder ainsi la cicatrisation ou empêcher sa solidification, en décollant les lèvres de la plaie cornéenne. Ils réalisent l'occlusion sans la compression.

Avec Fuchs, nous voyons une transformation du bandeau, dont, pour lui, le but est uniquement de tenir l'œil fermé et non d'être compressif. En 1890, il présente au Congrès de Berlin une sorte de masque oculaire destiné à le remplacer. C'est un carré de treillis en fil de fer dont les bords sont garnis de ouate pour éviter la pression. Des deux extrémités temporales, partent des rubans qu'on lie l'un à l'autre derrière la tête. Aussitôt l'opération terminée, Fuchs couvrait l'œil d'un tampon de ouate maintenu à l'aide de diachylon puis par-dessus, ajustait ce petit masque, qui empêchait le patient d'approcher les doigts de l'œil et en rompre ainsi la plaie.

Ce grillage de Fuchs fut utilisé par ses contemporains, soit tel quel, soit modifié. Proust, Landolt, l'appliquent sans y rien changer. Praun en 1898 se sert d'un masque binoculaire. Il le fait faire en zinc, supprime la ouate et l'étoffe qui existent dans l'appareil de Fuchs, afin de pouvoir obtenir une stérilisation absolue. De plus, il n'interpose rien entre l'œil et le grillage qui joue simplement un rôle de protection contre les traumatismes. Il se contente, aussitôt l'opération, de placer ses malades dans une chambre obscure.

Walter, lui aussi, ne panse pas ses opérés ; il recouvre l'œil de l'appareil de Fuchs modifié par Praun et est satisfait des bons résultats obtenus. L'appareil protège contre les traumatismes et tamise la lumière.

Beaucoup, enfin parmi lesquels Burchardt, Vacher d'Orléans, MM. les professeurs Gayet et Rohmer, se contentent de recouvrir l'œil opéré avec un peu de ouate antiseptique. Voici comment pratique M. le professeur Rohmer : l'opération terminée, il lave l'œil avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 1,000, puis prie le malade de fermer l'œil tranquillement, sans effort. Il prend dans un bocal un morceau assez épais de ouate aseptique qu'il entrouve suffisamment et il applique sur les paupières fermées la partie du coton qui est vierge de tout contact. Il fixe avec du collodion sur le front et la joue. On ne doit pas mettre trop de collodion, car en séchant, il se rétracte et en tirant sur les fibres du coton, pourrait rendre le pansement compressif. Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures pendant quatre à cinq jours. Le malade garde le lit le premier jour et on lui recommande d'éviter tout effort ce jour et les quelques jours suivants.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans dire quelques mots de la méthode de traitement à ciel ouvert des opérations oculaires, et en particulier de l'œil opéré de cataracte, traitement préconisé par Hjort de Christiana, ces dernières années, dans lequel il supprime absolument tout pansement après l'opération et laisse le malade vaquer librement au grand jour à ses occupations ; il lui recommande même la lumière qui est à son avis de première utilité, car elle fait contracter la pupille et em-

pêche ainsi la hernie de l'iris de se produire.

Borthen de Bergen adopta la méthode de Hjort et s'en trouva très bien ; il recommande spécialement l'absence de pansement après l'opération de la cataracte. Ils publieront les résultats obtenus par ce nouveau mode de traitement, et comme ces résultats étaient encourageants, ils eurent des adeptes. M. le professeur Rohmer, le premier, en France, expérimenta leur méthode et publia en juin 1899, dans les Annales d'occulistique un travail intitulé : Sur la suppression du pansement après l'opération de la cataracte.

Voici comment il traitait ses opérés : « L'opération terminée, le malade est prié de fermer tranquillement ses yeux sans efforts, comme s'il dormait, et reconduit dans son lit. Là, je me contente pour ma part, de lui placer une simple compresse de toile sur le front et les yeux, compresse maintenue avec un ruban autour de la tête ; cette compresse n'est nullement destinée à protéger l'œil opéré, mais simplement à rappeler au malade que l'organe est à respecter et qu'il n'a pas à y tenter de soulever cette compresse et d'exprimer sur les paupières un petit tampon d'ouate hydrophile imprégné de cyanure d'hydrargyre 1 p. 1000 ».

Il fit porter ses observations sur 80 cas de cataracte opérés sans appliquer aucun pansement et il conclut que cette suppression du pansement, après l'opération, constitue un progrès, un perfectionnement.

Cependant cette méthode ne peut guère être appliquée qu'à des gens raisonnables et n'exigeait pas une surveillance continue. Aussi Monsieur le professeur Rohmer revint dans son service à appliquer le pansement occlusif tel que nous l'avons indiqué précédemment.

CHAPITRE III

Avantages et inconvénients de ces différents pansements

Pour que les oculistes en soient arrivés petit à petit à simplifier le pansement ; pour qu'ils aient cessé d'appliquer compresses, bandage compressif et se soient contentés de protéger l'œil simplement par un tampon de ouate aseptique ou quelques rondelles de gaze, certains, même laissent l'œil opéré à ciel ouvert, il faut qu'ils aient reconnu le peu d'utilité du pansement.

C'est qu'en effet le pansement, s'il rend quelques services et seulement dans certains cas, a bien des inconvénients, dont les ophtalmologistes se sont rendus compte depuis longtemps. Déjà Warlomont en 1873 disait que s'il devait subir l'opération de la cataracte, il demanderait après l'extraction linéaire périphérique, à être dispensé de tout bandage « certain a échapper ainsi au dan-

« ger d'appareils mal conditionnés,, gênants et souvent
« fâcheux par la constriction et la chaleur qu'ils exercent
« sur des organes incapables de les supporter sans dom-
mage pour eux. »

Que demande-t-on au pansement ? D'abord d'empêcher l'infection du globe oculaire traumatisé soit par des germes infectieux venus du dehors, soit par ceux qui pourraient provenir des bords palpébraux ou du cul de sac conjonctival. Une antiseptie préparatoire rigoureuse préserve déjà en grande partie de cette infection. De plus, l'asepsie de l'œil lui-même est assurée par deux facteurs qui sont d'une part les voiles palpébraux et d'autre part la sécrétion des larmes.

Murrel disait que le paupières sont les couvercles naturels de l'œil ; leur fermeture suffit pour empêcher l'arrivée des germes nocifs sur le globe oculaire. Quant aux larmes, les études et expériences de Bach, Ahlstrom et Valude nous ont fait connaître leur pouvoir microbicide ; elles empêchent le développement de certains microbes et sont capables d'en détruire un grand nombre. Par le lavage incessant qu'elles exercent sur l'œil grâce à leur sécrétion continue, « elles sont un sûr garant que l'asepsie sera aussi bien maintenue du côté de la plaie opératoire, qu'avec le plus exclusif des pansements (1). »

Aussi n'est-il pas besoin d'appliquer un pansement antiseptique et compressif qu'on laisse en place deux ou trois jours sans y toucher. Sous un tel pansement, on n'est pas certain d'obtenir la stérilité des bords palpébraux ni du cul de sac conjonctival, au contraire, cette occlusion est plutôt favorable à la pullulation des germes. On neut

(1) Rohmer.

s'en convaincre facilement par cette expérience : Si, sur un œil sain et après toilette antiseptique préalable, on applique un pansement compressif, au bout de 24 heures, le pansement sera taché par un mucus qui au bout de 48 heures deviendra purulent, quoique aseptique. Ce phénomène est dû au développement de microbes non pathogènes (Morax).

Un simple pansement avec un morceau de ouate aseptique est bien suffisant ; en même temps qu'on peut le lever facilement toutes les douze ou vingt-quatre heures et faire chaque fois des irrigations afin de maintenir l'asepsie oculaire, il permet au malade de fermer naturellement les paupières sans qu'elles soient comprimées. De plus ce pansement peut être maintenu en place très simplement à l'aide de collodion ou tout autre substance agglutinante et on évite ainsi la compression de la tête par le bandeau.

On demande également au pansement de préserver l'œil des contacts et attouchements des opérés. On ne peut, bien entendu, prétendre éviter ces inconvénients chez des malades indociles, nerveux et inconscients, aucun appareil préservatif ne serait assez solide pour résister à leurs efforts. Chez eux, une surveillance incessante jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, peut seule assurer le succès opératoire. On a bien essayé les masques métalliques décrits dans notre précédent chapitre, mais ils sont plutôt dangereux, car si ces malades arrivent à tromper la surveillance dont ils sont l'objet, il s'ensuivent un traumatisme d'autant plus grave que les appareils sont rigides et résistants. Ainsi dans le service de M. le professeur Rohmer, nous avons observé il y a quelques an-

nées un cas de ce genre : la sœur du service s'est aperçue au réveil que le bord supérieur de la grille avait glissé pendant la nuit et était venu se loger entre les lèvres de la plaie cornéenne d'où panophtalmie consécutive. Le pansement doit seulement, comme le dit M. le professeur Rohmer « rappeler au malade que l'organe est à respecter. » Grâce à lui on peut éviter les conséquences funestes qui résulteraient de mouvements involontaires et irréfléchis exécutés par des malades sérieux.

Le principal reproche qu'on puisse faire au pansement compressif est de retarder la cicatrisation de la plaie cornéenne. Déjà Daviel recommandait d'éviter un pansement trop serré qu'il accusait de favoriser la hernie post-opératoire de l'iris. A présent, tous les oculistes sont d'accord pour reconnaître qu'une compression exercée sur l'œil aussitôt l'opération, fait bailler les bords de la plaie et empêche ainsi leur accollement rapide et régulier.

Ce pansement a encore d'autres inconvénients : il occasionne presque toujours une rougeur ou une irritation du globe oculaire et des parties avoisinantes. Il est également cause de la douleur prolongée que l'on observe pendant les douze ou vingt-quatre heures qui succèdent à l'extraction. Cette douleur d'habitude, est de courte durée et consiste en une simple petite sensation « de gravier ou de chaleur », quelques picotements et de légères perceptions lumineuses. Mais le pansement en comprimant les paupières surtout chez les sujets à muscles frontal et orbiculaire très développés, provoquent leur contraction fréquentes, et il s'en suit un gonflement et une irritation déterminant une sensation de brûlure bien plus pénible et prolongée.

Enfin chez les malades atteints d'ectropions, de conjonctivite chronique et de mauvais fonctionnement des voies lacrymales, le pansement retarde la guérison car il retient les sécrétions incluses sous les paupières et l'infection risque de s'étendre à tout le globe oculaire. Aussi, dans ce cas, est-il préférable de supprimer tout pansement et d'appliquer sur l'œil de simples compresses tenues par un bandeau très lâche. Cela permet de surveiller l'œil à volonté et de faire fréquemment sa toilette aseptique.

Avec le pansement employé dans le service de M. le professeur Ronmer, on évite ces inconvénients. La compression fâcheuse de la tête n'existe plus, puisque le coton est tenu en place par du collodion. On a bien dit que l'arrachement du pansement était douloureux, mais, si la quantité de collodion employée n'est pas exagérée et si on enlève le pansement d'un petit coup sec sans toutefois être brutal, la sensation éprouvée, qui d'ailleurs est de courte durée, est très supportable.

La compression néfaste à la cicatrisation de la plaie cornéenne est également supprimée. Cette cicatrisation est même favorisée, car les liquides contenus sous le pansement s'évaporent facilement à travers la ouate et les bords de la plaie étant un peu asséchés, s'agglutinent plus rapidement.

En même temps qu'il permet l'évaporation des liquides, ce pansement empêche aussi les microbes de l'air ambiant d'arriver jusqu'à la plaie et de l'infecter. Le coton joue à l'égard de l'air le rôle de filtre et retient ses impuretés dans sa trame. Le pansement étant renouvelé sou-

gations qui empêchent la stagnation des sécrétions conjonctivales ou autres, les chances d'infection sont évitées et le succès opératoire est certain, sauf l'apparition de circonstances imprévues et indépendantes de l'opérateur. On pourrait dans bien des cas n'appliquer aucun pansement sur l'œil et se contenter d'exprimer à sa surface toutes les deux ou trois heures, des tampons de ouate aseptique. L'œil étant à ciel ouvert, serait plus facile à surveiller, toute sensation de gêne occasionnée même par le plus léger pansement disparaîtrait, l'appréhension causée par l'arrachement du tampon de ouate maintenu au collodion n'existerait plus, la douleur consécutive à l'extraction serait considérablement diminuée et la cicatrisation de la plaie cornéenne serait plus rapide et régulière. Mais pour appliquer ce mode de traitement, il faut avoir affaire à des malades tout à fait sérieux, dociles, dont on soit tout à fait sûr, tenant leurs paupières closes constamment et évitant tout attouchement. De plus il nécessite des soins et une surveillance continue, tandis qu'en appliquant un pansement qu'on renouvelle toute les 24 heures, malgré quelques petits inconvénients, on a autant de chances de succès et le traitement est bien simplifié.

CHAPITRE IV

Indication des différents pansements

Comme nous l'avons exposé dans le chapitre précédent, le pansement post-opératoire, quand on a affaire à un sujet se trouvant dans des conditions de santé et d'esprit satisfaisantes, est plutôt inutile ; si on l'applique, il peut être très simple, sans aucun préjudice pour le malade. Cependant, il est des cas où l'œil ne peut être laissé tel après l'opération, où un pansement est nécessaire. L'âge de l'opéré, son état mental, et diathésique sont autant de facteurs qui ont leur importance au point de vue du traitement et que nous allons étudier.

Enfants. — En général, chez les enfants et les jeunes gens, on a affaire à des cataractes molles, sans noyaux et susceptibles d'une complète résorption.

L'opération de choix pour cette sorte de cataracte est la discision qui consiste à ponctionner la cornée à l'aide d'une aiguille spéciale, qu'on pousse jusqu'à la capsule

antérieure du cristallin. Le principal avantage de la dissection réside dans l'innocuité de l'opération même et la simplicité du traitement consécutif. En effet, l'opération ne cause pas grand désordre dans le globe oculaire, la petite piqure de la cornée se referme presque aussitôt. Si l'opéré était en âge de comprendre la nécessité de respecter l'œil opéré, on pourrait le laisser libre, sans pansement, vaquer à ses occupations. Mais chez les petits enfants qui sont en général turbulents, touchent à tout, et dont l'intelligence n'est pas encore éveillée, on ne peut laisser la plaie cornéenne à ciel ouvert et il est préférable d'appliquer un pansement. Ce pansement sera aseptique, légèrement compressif ; on le laissera en place deux ou trois jours. Il protégera aussi l'œil traumatisé contre les attouchements de l'enfant à ce que la plaie se soit cicatrisée, et maintiendra la brèche capsulaire qui tend à s'élargir par suite du gonflement des masses cristalliniennes imbibées d'humeur aqueuse. Au bout de deux ou trois jours on peut enlever le pansement et le remplacer par un simple bandeau noir.

Adultes. — Chez les adultes, la forme de cataracte la plus souvent observée, est la cataracte traumatique.

Ce qui intéresse au point de vue du traitement, c'est la nature de l'agent vulnérant et si cet agent est resté oui ou non dans l'œil, car par sa présence et sa nature, il peut compliquer gravement l'affection et occasionner des inflammations graves iriennes ou autres, s'il a entraîné avec lui des germes infectieux.

Si la cataracte traumatique a été causée par un corps pouvant être considéré comme aseptique, un morceau de fonte au rouge vif par exemple, ou si elle a été produite

par une simple contusion du globe oculaire sans perforation, l'infection n'est pas à craindre. Les blessés peuvent guérir d'eux-mêmes avec une résorption parfaite du cristallin, et en ce cas il n'est pas nécessaire d'intervenir.

S'il n'y a pas de résorption et si l'on doit opérer, l'œil étant sain, le traitement post-opératoire est bien simple ; un pansement n'est pas utile et on peut se contenter d'irrigations avec la solution de cyanure.

Mais, quand on a affaire à une cataracte traumatique infectée, suivant le degré d'inflammation déterminée, on peut être obligé d'opérer immédiatement. On évite ainsi qu'il se produise des adhérences du cristallin opaque avec les parties voisines, notamment avec l'iris et le corps ciliaire, ce qui rendrait l'opération ultérieure plus difficile, et on peut enrayer la marche de l'infection qui, en se propageant à tout le globe de l'œil, nécessiterait une énucléation. Si l'inflammation est forte, on doit s'occuper de l'asepsie de la blessure et traiter l'œil opéré par des pansements antiseptiques, introduction de poudre d'iodoforme dans la chambre antérieure, ou injections sous-conjonctivales de sublimé, protargol à 2 % et surtout de cyanure de mercure à 1/000.

Cependant, si l'inflammation n'est pas trop forte, il est préférable d'attendre pour opérer, qu'elle ait disparue.

Vieillards. — Chez les vieillards, l'état diathésique joue un grand rôle dans le traitement post-opératoire. C'est dans cette catégorie d'opérés que nous trouvons les diabétiques.

Cataracte diabétique. — La cataracte qui s'observe à une période avancée du diabète dépend d'une lésion de

nutrition de l'œil, consécutive à une dystrophie de l'organisme. Autrefois, on craignait beaucoup toute intervention chirurgicale chez les diabétiques chez qui les plaies montrent moins de tendance à se cicatriser que chez les autres malades ; de plus, le diabète prédispose à l'iritis. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, l'existence du diabète n'est plus une contre-indication pour l'extraction de la cataracte, surtout quand le sujet n'est pas trop débilité, et l'opération est suivie de succès. Mais on doit la retarder le plus possible, jusqu'à ce que, par un traitement approprié, on ait réduit la quantité de sucre contenue dans l'urine, au strict minimum. Le retard à la cicatrisation de la plaie cornéenne nécessite une surveillance très suivie. On doit panser l'œil opéré avec de la ouate aseptique fréquemment, et chaque fois qu'on renouvelle le pansement, faire des irrigations avec une solution de cyanure à 1/000. On entretient ainsi l'asepsie du globe oculaire et on empêche une infection de la plaie. De plus, le traitement général doit être complémentaire du traitement chirurgical.

C'est encore chez les vieillards que nous rencontrons des malades à intelligence trop limitée pour comprendre qu'en aucun cas, ils ne doivent porter la main à l'œil opéré, des malades indociles et malpropres, qui, si la surveillance exercée sur eux se relâche un instant, en profitent pour venir contaminer leur plaie. Les observations de ce genre sont nombreuses.

Aussi chez eux, est-il indispensable de pratiquer un pansement après l'opération, pour leur rappeler que l'organe opéré doit être respecté, et éviter des contacts capables d'introduire des germes infectieux dans l'œil. Chez

ces malades on doit exercer une surveillance continue, leur recommander le silence et leur faire éviter tout effort physique, car l'augmentation de pression intra-oculaire qui en résulterait pourrait décoller les lèvres de la plaie fraîchement agglutinées. On ne doit pas non plus laisser ces vieillards trop longtemps couchés de peur qu'ils ne contractent une pneumonie par suite d'hypos-tase.

Chez certains vieillards on observe souvent un délire post-opératoire se manifestant sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations. Ce délire s'observe le plus souvent chez des alcooliques et peut déterminer une crise de *délirium tremens*, mais il peut survenir également chez des malades dont les antécédents ne révèlent ni alcoolisme ni aucune tare cérébrale. Pendant l'accès l'opéré peut se livrer à des violences sur sa personne, ce qui pourrait nuire au succès opératoire. La cause de ce délire semble être l'occlusion des deux yeux par le pansement ; nombreuses sont les observations où la période d'excitation cessa avec la suppression du pansement. La plupart de ces excités sont des vieillards à équilibre cérébral instable, dont l'émotivité spéciale est susceptible d'entrer en jeu facilement sous diverses influences, dont la principale est certainement la suppression brusque de la lumière. Aussi, chez ces sortes d'opérés, ne doit-on panser qu'un œil à la fois, éviter de les laisser à l'obscurité, et enlever le bandeau souvent et le plus tôt possible après l'opération. Ajoutons que l'immobilité, le décubitus prolongé, le silence, conditions absolument différentes des conditions psychiques habituelles, placent le malade dans un état spécial qui le porte aux manifestations oniriques. On

sera donc moins rigoureux vis à vis des opérés on n'exigera d'eux qu'une immobilité relative et l'on n'hésitera pas à les alimenter et les tonifier. Si le délire survient, la cessation de l'occlusion par le pansement s'imposera de suite.

Enfin, il est quelques indications qui résultent de l'état de l'œil à opérer. Avant toute opération, on doit examiner avec soin le globe oculaire et ses annexes. C'est dans cet examen que peut rendre service le pansement témoin ou d'épreuve : il consiste en un tampon de coton sec et aseptique qu'on applique sur l'œil 48 heures avant l'opération et qu'on maintient en place par du collodion. En l'arrachant, on voit s'il est souillé par une sécrétion purulente quelconque et on a ainsi la preuve de l'état sain ou non de l'œil à opérer. S'il existe une affection suppurative en particulier de la conjonctive et du sac lacrymal ; on doit essayer de la guérir par un traitement approprié avant d'opérer. Mais si l'opération est absolument nécessaire et urgente et qu'on n'ait pas le temps de traiter l'affection, ou si cette affection est rebelle à tout traitement tels les malades atteints d'ectropion ou de conjonctivite chronique, il est préférable de ne pas mettre de pansement occlusif qui maintiendrait les sécrétions incluses sous les paupières. On se contentera de recouvrir l'œil d'une compresse aseptique et on fera des lavages fréquents avec la solution de cyanure de mercure à 1 pour mille. L'œil étant ainsi facile à laver et à surveiller, on aura plus de chances d'échapper à l'infection.

Si on a lieu de craindre que malgré cette asopsie pour ainsi dire permanente, la plaie cornéenne puisse s'infec-

ter, on peut se servir d'un procédé opératoire que nous avons vu employer par M. le professeur Rohmer : il s'agissait d'une femme ayant déjà perdu un œil de panophtalmie consécutivement à une opération de cataracte. L'autre œil qui était également à opérer, était atteint de blépharite ciliaire avec ectropion léger de la paupière inférieure. M. le professeur Rohmer procéda à l'extraction du cristallin après avoir libéré la conjonctive de la cornée tout autour de l'incision, et passé un fil pour faire une suture en bourse de la plaie conjonctivale.

C'est là le meilleur des pansements. La plaie cornéenne en effet, est en contact immédiat avec la paroi postérieure de la conjonctive qui est suturée et les chances d'infection post-opératoire sont ainsi réduites au minimum.

Quelques indications découlent aussi des accidents survenant au cours ou consécutivement à l'opération. Un des plus fréquents est le prolapsus du corps vitré. Quand ce prolapsus se produit au début de l'opération, le cristallin ne peut être extrait par pression et on doit se servir d'instruments pour aller le chercher ce qui est toujours grave. Quand le prolapsus a lieu après l'extraction, c'est moins grave. Cependant, il empêche la remise en place convenable de l'iris et fait bailler légèrement la plaie cornéenne en s'interposant entre ses lèvres, en outre, il est très disposé à l'infection et par conséquent peut donner lieu à une suppuration. Aussi est-il préférable d'appliquer un pansement sur l'œil, quand cet incident se produit.

Quant à la hernie de l'iris, le pansement n'a pas grande influence sur sa production. Pourvu que le malade conserve une immobilité relative et évite les efforts physiques

jusqu'à ce que les lèvres de la plaie se soient agglutinées, on a grande chances de l'éviter. Si elle se produit, on refoule l'iris ou on pratique l'iridectomie et la cicatrisation n'est pas retardée.

CHAPITRE V

Nous terminerons notre modeste travail en publiant les résultats obtenus ces dernières années par M. le professeur Rohmer chez ses opérés de cataracte, suivant le mode de traitement employé. Nous nous occuperons spécialement des hernies post-opératoires de l'iris, de l'issue du corps vitré au cours de l'opération, du temps mis par la plaie à se cicatriser et des complications infectieuses.

Nous comparerons les chiffres fournis par les statistiques, suivant que le traitement a été effectué sans pansement, ou simplement en recouvrant l'œil avec une compresse, en le protégeant avec la grille de Fuchs ou avec le pansement occlusif au coton antiseptique.

De 1898 à 1899, M. le professeur Rohmer a opéré 138 cataractes. Pendant cette année, il a voulu se rendre compte de la valeur du traitement post-opératoire sans pansement se contentant de placer sur l'œil et le front de l'opéré, une simple compresse de toile, maintenue avec

un ruban faisant le tour de la tête: Chaque deux heures, la compresse était soulevée et on exprimait sur les paupières un petit tampon de ouate hydrophyle imprégné de cyanure de mercure à 1/000.

Sur ces 138 opérations, il y eut 15 hernies de l'iris, soit 10,7 %. Ce nombre est assez élevé. Mais il n'a rien d'étonnant car à cette époque M. le professeur Rohmer ne pratiquait pas l'iridectomie au moment de l'extraction. D'autre part, dans cinq cas sur les quinze, il avait remarqué une tendance de l'iris à s'introduire dans les lèvres de la plaie.

Hjort, sur 61 cas d'extraction simple traités à ciel ouvert a eu six prolapsus de l'iris. Ces 61 cas ont été opérés sans iridectomie.

Nous avons fait la statistique de ces trois dernières années 1905-1906-1907. Les opérés ont presque tous été traités par le pansement au coton ; le nombre des hernies de l'iris post-opératoires diminue d'une façon remarquable :

Dans le service de M. Rohmer :

En 1905 : 155 opérations : 7 hernies de l'iris

1906	185	—	6	—	—
------	-----	---	---	---	---

1907	160	—	2	—	—
------	-----	---	---	---	---

Cette diminution n'est pas due au pansement, mais bien à ce que M. le professeur Rohmer pratique l'iridectomie d'une façon de plus en plus régulière. Il évite ainsi l'enclavement de l'iris, l'irido-cyclite et la panophtalmie possible qui pourrait en résulter.

Il arrive qu'au cours de l'opération il y ait issue du corps vitré.

Hjort l'a observé cinq fois sur 61 opérations. Dans la service de M. le docteur Rohmer.

En 1898-99 :	3 fois sur 138 opérations
1905 :	6 — 155 —
1906 :	5 — 185 —
1907 :	8 — 160 —

Ces accidents opératoires n'ont modifié en rien la marche de la guérison, qu'on ait appliqué ou non un pansement après l'opération. Cependant en 1906, nous avons observé un cas de suppuration du vitré qui rétrocéda par des injections sous-conjunctivales de cyanure à 1/000 à doses massives. Le vitré est susceptible de s'infecter facilement et un pansement est toujours préférable quand il fait issue.

Nous avons dit plus haut qu'un grand avantage de traiter l'œil opéré sans pansement, consistait en la fermeture rapide de la chambre antérieure. Avec le pansement tel que l'applique actuellement M. le professeur Rohmer, il n'y a pas grande différence, la cicatrisation est complète en général pour le quatrième jour.

Mais ce qui nous intéresse le plus, ce sont les renseignements fournis par les statistiques, sur les accidents infectieux consécutifs à l'opération.

Hjort sur 61 cas d'extractions traités à ciel ouvert, a observé 4 cas d'inflammation sérieuse. Parmi ces quatre cas, un cas de panophtalmie est survenu au cours d'une pneumonie franche, les trois autres cas résultent d'une infection bactérienne de la plaie.

Du premier mars 1898 au premier octobre 1899, on a opéré 118 cataractes en partie à la section ophtalmologique

de Klagenfurt, en partie à la clinique privée du médecin chef docteur O. Purtscher. Les opérés étaient traités ainsi : les premières heures après l'opération, application sur les paupières tenues fermées de compresses de mous-seline stérilisées et imbibées de sublimé à 1/3000. Ensuite adaption d'une visière verte pour tamiser la lumière. Chez les indociles, masque de Fuchs.

Il y eut dix-sept cas d'iritis légères.

— deux cyclites avec obstruction pupillaire.

— 3 infections.

Parmi ces trois infections deux étaient dues à des attouchements.

Egalement de 1898 à 1899, M. le professeur Rohmer, sur 138 cas opérés et traités simplement en recouvrant l'œil d'une compresse stérilisée, eut quatre cas de panophtalmie. Deux cas peuvent être considérés comme d'origine endogène, les malades ayant été saisis d'une violente attaque de grippe. Mais les deux autres cas ont eu la plaie pour point de départ et survinrent chez des malades malpropres et indociles qui portèrent leurs mains ou leur mouchoir sale à l'œil opéré.

En 1905 sur 78 opérations chez les femmes, on a : une panophtalmie, une obstruction pupillaire à la suite d'irido-cyclite et un commencement d'infection qui rétrocéda par l'emploi du peroxyde de zinc.

Chez les hommes sur 77 opérés, on note juste un cas de panophtalmie.

Nous laissons de côté dans cette statistique, les cataractes traumatiques qui se terminent presque toujours par panophtalmie ou atrophie du globe, quand il y a infection

de l'œil par pénétration d'un corps étranger septique.

En 1906 : sur 99 femmes opérées, on a juste un cas d'obstruction pupillaire.

Sur 86 hommes : deux panophtalmies qui se sont produites 4 à 5 jours après l'opération.

En 1907, pas d'accidents graves infectieux chez les femmes ; chez les hommes, deux suppurations qui ont nécessité l'exentération.

On voit par ces différents chiffres que le nombre des complications infectieuses est plutôt moindre chez les malades traités avec pansement que chez les autres. C'est du reste facile à comprendre, nous avons vu en effet que bien souvent l'infection était causée par des attouchements malpropres qu'un pansement aurait pu empêcher.

D'autre part, les accidents sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cela tient probablement au développement du système pileux, à la plus grande difficulté d'obtenir une antisepsie pré-opératoire rigoureuse et à la difficulté d'obtenir des malades une bonne tenue pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

Cependant M. le professeur Rohmer n'emploie pas exclusivement le pansement à l'aide d'un morceau de coton aseptique ; une fois sur vingt environ, il emploie la grille de Fuschs principalement dans le cas d'affections suppuratives rebelles à tout traitement. Quand il a affaire à des malades tranquilles, suffisamment dociles, seulement dans ce cas il se sert du mode de traitement qu'il a expérimenté en 1898-99.

CONCLUSIONS

I. — Les anciens pansements se composaient surtout de pratiques déplorables, faites pour favoriser la pullulation des germes infectieux, et par conséquent provoquer la suppuration du globe et sa perte fatale.

II. — Avec l'antisepsie, sont nées pour la pratique de la chirurgie oculaire, et en particulier pour l'opération de la cataracte, des méthodes nouvelles, qui ont permis à la fois plus d'audace pour les interventions et aussi plus de certitude pour la bonne réussite des opérations. Cependant, à cause de la délicatesse de l'organe de la vision, l'antisepsie, telle qu'elle fut d'abord pratiquée en chirurgie générale, ne put être de suite applicable aux opérations sur l'œil, il fallait trouver des antiseptiques tolérés et non dangereux.

Les pansements actuels peuvent être divisés : en secs et humides, compressifs ou non et enfin ils peuvent être totalement supprimés, l'œil restant à nu après l'opération ou n'étant protégé que par une simple compresse flottante ou une grille (Fuchs) qui permettent des lavages fréquents de l'organe.

Il est certain qu'un pansement compressif empêche la réunion rapide des lèvres de la plaie, et, par conséquent, favorise la hernie de l'iris : un pansement trop occlusif sera aussi favorable à la pullulation des germes morbides et partant, à l'infection : la suppression permet aux larmes d'agir mécaniquement en entraînant les éléments infectieux qui autrement seraient retenus dans le cul de sac et pulluleraient au grand préjudice des lèvres de la plaie et du contenu du globe lui-même.

L'idéal des soins consécutifs à une opération de cataracte, consiste donc, d'une part, à supprimer tout pansement, d'autre part à entretenir l'asepsie de l'œil : le premier desideratum est obtenu grâce à la grille de Fuchs qui protège l'œil contre les attouchements intempestifs et dangereux ; le second point est réalisé par des irrigations fréquentes répétées avec un liquide antiseptique, tel que le cyanure de mercure à 1/100, qui est aussi efficace qu'inoffensif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBUCASIS. — De chirurgia (t. I, lib. II, section 23). Oxontü, 1778.

AMBROISE PARÉ. — (Œuvres d'), ch. XXII, 7^e édition, 1614.

AQUAPENDENTE. — Œuvres chirurgicales, 1249.

AVICENNE. — Avicennae liber canonis.

BOURGEOIS. — Société d'ophtalmologie de Paris, 9 mars 1897.

— Congrès de Lucerne, 1904.

— Recueil d'ophtalmologie, novembre 1904.

BORTHEN. — Ueber die offene Wundbehandlung bie staaroperationem (Klinische Monatsbl für Augenh, p. 280), août 1898.

BENJAMIN BELL. — Cours complet de chirurgie (traduit par Ed. Bosquillon, an IV, t. III), 1796

BECKER. — Congrès de Heildelberg (15 septembre 1887).

BRUN ET MORAX. — Thérap utique oculaire.

BURCHARDT. — Centralbl für Aügenheilkünde, 1895.

CELSE. — Aureliü Cornelü celsi de re medica (lib. VII, chap. 7). Paris, 1529.

DE CHAULIAC. — La grande chirurgie, 1580.

- JOSEPH COUILLARD. — Le chirurgien opérateur, 1640.
- JOSEPH DE LA CHARRIÈRE. — Traité des opérations de la chirurgie, 1721.
- CARRON DU VILLARDS. — Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte, 1835.
- CHEVALLEREAU. — Sur un nouveau mode de pansement en hérapéutique oculaire (France médicale, 1886).
- J. CHISOLM. — The rational method of treating catarat patients to the exclusion of compresses, bandages and dark room (The american Journal of ophtalmology), Juin 1886.
- J. DALECHAMPS. — Chirurgie française, 1610.
- DESHAIS-GENDRON. — Traité des maladies des yeux (t. II), 1770.
- DAVIEL. — Nouvelle méthode de guérir la cataracte par extraction. In Mémoires de l'Académie de chirurgie (t. II, 1819).
- A. DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1873).
- DEHENNE. — De la cataracte. Manuel opératoire, pansement, succès consécutif. 1889.
- DAVIEL. — In Archiv. d'ophtalmologie (t. XV, 1895).
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie.
- FURNARI. — Traité des maladies des yeux (1841).
- FUCHS. — In revue générale d'ophtalmologie (1890).
- GAGNIEUX. — Résultats éloigés de l'opération de la cataracte (Th. Lyon 1904).
- GAYET. — Eléments d'ophtalmologie.
- GUILLEMEAU. — Œuvres de chirurgie (1649).
- GUÉRIN. — Traité des maladies des yeux (1769).
- A. DE GRAEFE. — Clinique ophtalmologique (Traduite par E. Meyer, 1866).
- A. DE GRAEFE. — Graef's Archiv. XXX, 4. f. 211 à 234.

- GALEZOWSKI. — Nouveaux mode de pansement après l'extraction de la cataracte (France médicale, 1885).
- GALEZOWSKI. — Société de chirurgie, février 1896.
- HEBSTER. — Institutions de chirurgie, 1770.
- HJORT. — Hundert Staarextractionen mit offener Wundbehandlung (Centralbl. für prakt. Auhenheilk (p. 33-39), fév. 1898.
- HJORT. — Sur le traitement à ciel ouvert des plaies dans les opérations de l'œil (Centralbl. f. p. A igenh), oct. 1898.
- JUNG. — Methode den Graven Staarauszuzeiben, etc. Marbourg, 1791.
- JACKSON. — Compression de l'œil après l'extraction de la cataracte (Journal of the americ. med. assoc.), 28 août 1891.
- LAFAYE. — Mémoire pour servir à perfectionner la nouvelle méthode d'opérer la cataracte (Mémoires de chirurgie, t. II), 1819.
- W. LAWRENCE. — Traité pratique des maladies des yeux, 1819.
- LANDOLT. — In Archives d'ophtalmologie, t. XII, 1892.
- LAGRANGE. — Précis d'ophtalmologie.
- LAGRANGE ET VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, t. I.
- LEPRINCE. — Année d'ophtalmologique, 1898-1899.
- MAITRE JEAN. — Traité des maladies de l'œil, 1707.
- Meyer. — Traité pratique des maladies des yeux.
- MORAX. — Pré is d'ophtalmologie.
- W. MACKENZIE. Traité pratique des maladies de l'œil' 1857.
- MURREL. — In Annales oculistique, 1891.
- Pansement simple après extraction de la cataracte (The opht. Record) oct. 1893,
- NIMIER ET DESPAGNET, — Traité élémentaire d'ophtalmologie.
- PARACELER. — La grande chirurgie, 1584.

- PELLIER DE QUENGSY. — Recueil des mémoires et d'observations sur l'œil, 1783.
- POLYAKOFF. — 200 extractions faites ambulatoirement (1895).
- PANAS. — Etudes de clinique ophtalmologique.
- Traité des maladies des yeux.
 - Leçons de clinique ophtalmologique.
- PUECH. — Précis d'ophtalmologie journalière.
- ROHMER. — Congrès d'ophtalmologie de Paris, 1899.
- In Annales oculistique, Juin 1899.
 - Manuel d'ophtalmologie, 1905.
- RANDOLPH. — Centralbl. f. prakt, mai 1887.
- DE SAINTYVES. — Nouveau traité des maladie des yeux, 1767.
- SCRINI. — Précis de thérapeutique oculaire.
- SCARPA. — Traité pratique des maladies des yeux (1811).
- SNELLEN. — Science néerlandaise d'ophtalmologie, 23 mai 1893. Amsterdam.
- SCHMITT. — Thèse Nancy, 1899-1900.
- A. TERTSON. — Etude sur l'histoire de chirurgie oculaire, 1899.
- Technique ophtalmologique, 1897.
- A. TROUSSEAU — Des soins à donner aux opérés de cataracte (Journal de médecine et de chirurgie pratique (avril 1903).
- TERRIER. — Chirurgie de l'œil et ses annexes.
- Thérapeutique oculaire et opérations nouvelles
- VACHER. — Le pansement témoin et le pansement simple dans l'opération de la cataracte (soc. d'ophtal. de Paris), 5 nov. 1895.
- DE WENZEL FILS. — Traité de la cataracte, 1786.
- O. WALTER. — Archv. für Augenheilk, t. XXXIX, 1899.
- L. DR WECKER. — Injections et pansements à l'escrine et antiseptie oculaire (Annales d'oculistique, p. 121, mars-avril 1886.
- WELLER. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1828.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique du pansement consécutif à l'opération de la cataracte.....	8
CHAPITRE II. — Pansements actuellement em- ployés.....	23
Simplifications et modifications apportées à ces pansements	32
CHAPITRE III. — Avantages et inconvénients de ces différents pansements.....	38
CHAPITRE IV. — Indication des différents panse- ments.....	44
CHAPITRE V.....	52
CONCLUSIONS.....	57
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	59

